

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2014 736 vom 6. Oktober 2020

BE Verwaltungsgericht, 2020-10-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2014_736

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2014 736 du 6 octobre 2020

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2014 736 del 6 ottobre 2020

Regeste

Klage vom 8. August 2014 (nach Vermittlungsverfahren SCHG/2013/557), Klage vom 14. Juli 2015 und Klage vom 12. Juli 2016

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 89 Abs. 1 KVG sind Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern durch ein Schiedsgericht zu entscheiden. Die Kantone können die Aufgaben des Schiedsgerichts dem kantonalen Versicherungsgericht übertragen (Art. 89 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1 KVG), was der Kanton Bern getan hat (Art. 40 EG KUMV).

E. 1.2

Soweit der Beklagte hinsichtlich der sachlichen Zuständigkeit geltend macht (Schlussbemerkungen vom 9. August 2019 und Stellungnahme vom 4. März 2020), die Klägerinnen verfolgten primär strafrechtliche Intentionen und für die Verhängung von strafrechtlichen Sanktionen sei die kantonale Strafverfolgungsbehörde und nicht das vorliegend angerufene Gericht zuständig, kann ihm offensichtlich nicht gefolgt werden. Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern ist gestützt auf Art. 59 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 89 Abs. 2 KVG sachlich zuständig. Der Beklagte hatte in den hier zur Diskussion stehenden Jahre seine Praxis im Kanton Bern, womit das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern auch örtlich zuständig ist (Art. 89 Abs. 2 KVG). Der Beklagte macht fehlende Rechtsstaatlichkeit bzw. Fairness des Verfahrens der santésuisse geltend (Schlussbemerkungen vom 9. August 2019 und Stellungnahme vom 4. März 2020) und schliesst daraus, auf die Klagen dürfe nicht eingetreten werden. Dem kann nicht gefolgt werden. Die Klägerinnen können bzw. müssen zufolge der ihnen übertragenen Aufgabe den Beklagten vor Gericht einklagen, wenn sie Anzeichen für ein Fehlverhalten feststellen, was zumindest mit Blick auf die ersten Zahlen ohne weiteres der Fall war. Ein anderweitiges Vorgehen ist nicht möglich. Dabei ist zu beachten, dass die Klägerinnen bereits betreffend die Jahre 2007 bis 2009 Verfahren auf Rückerstattung eingeleitet hatten. Dabei hat das Bundesgericht für das Jahr 2007 einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 KVG im Grundsatz bestätigt (Entscheid des BGer vom

E. 1.3

Im Klageverfahren ergibt sich der Streitgegenstand einzig aus den Rechtsbegehren der Klage. Innerhalb des Streitgegenstands ist das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten in Durchbrechung der Dispositionsmaxime an die Begehren der Parteien nicht gebunden (vgl. BGE 135 V 23 E. 3.1 S. 26). Das Gericht

würdigt die Vorbringen der Parteien in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nach pflichtgemässem Ermessen. Es kann unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zu Ungunsten der klagenden Partei entscheiden oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 92 Abs. 1 und 3 Satz 2 VRPG; BSG 155.21).

E. 1.4

Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) finden gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. e KVG beim Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89 KVG) keine Anwendung. Das KVG schreibt vor, dass das Verfahren einfach und rasch zu sein und das Schiedsgericht die für den Entscheid erheblichen Tatsachen unter Mitwirkung der Parteien festzustellen hat, wobei es die notwendigen Beweise erhebt und in der Beweiswürdigung frei ist (Art. 89 Abs. 5 KVG). Der Kanton regelt das Weitere (Art. 89 Abs. 5 Halbsatz 1 KVG). Das Klageverfahren richtet sich vorbehaltlich abweichender Regelungen des EG KUMV (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV) nach dem VRPG.

E. 1.5

Das Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten urteilt in Dreierbesetzung. Es besteht aus einem Mitglied des Verwaltungsgerichts als neutralem Vorsitzenden und je einer Vertreterin oder einem Vertreter der betroffenen Versicherer und Leistungserbringer. Diese werden von der

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 16 oder dem neutralen Vorsitzenden bezeichnet (Art. 89 Abs. 4 Sätze 2 und 3 KVG, Art. 56 Abs. 4 GSOG). 2. 2.1 2.1.1 Die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die Leistungserbringer haben sich in ihren Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung kann zurückgefordert werden (Art. 56 Abs. 2 KVG). Leistungserbringer und Versicherer legen vertraglich eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit fest (Art. 56 Abs. 6 KVG). 2.1.2 Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVG werden gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58 KVG) oder gegen vertragliche Abmachungen verstossen, Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die Verwarnung (lit. a), die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden (lit. b), eine Busse (lit. c) oder im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (lit. d). Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Art. 89 KVG auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer (Art. 59 Abs. 2 KVG). Obschon die Rückerstattung der Honorare (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG) neu unter dem Begriff "Sanktionen" (Art. 59 Abs. 1 Satz 1 KVG) steht, bleibt die zu Art. 56 Abs. 2 KVG ergangene Rechtsprechung anwendbar, wonach (namentlich) kein Verschulden des Leistungserbringers vorausgesetzt wird (BGE 141 V 25 E. 8.4 S. 30).

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 17 2.2 Zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit kann

rechtsprechungs- gemäss sowohl die statistische Methode (Durchschnittskostenvergleich) als auch die analytische Methode (Einzelfallprüfung) – oder eine Kombination beider Methoden – zur Anwendung gelangen (BGE 135 V 237 E. 4.6.1 S. 245; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.2). Voraussetzung für die Anwend- barkeit der statistischen Methode ist, dass sich das Vergleichsmaterial hin- reichend ähnlich zusammensetzt und sich der Vergleich über einen genügend langen Zeitraum erstreckt, wodurch bloss zufällige Unterschiede mehr oder weniger ausgeglichen werden. Eine Überarztung liegt vor, wenn eine ins Gewicht fallende Zahl von Rechnungen desselben Arztes oder derselben Ärztin an eine Krankenkasse im Vergleich zur Zahl von Rech- nungen von Ärzten des gleichen Fachbereichs in geographisch gleichem Tätigkeitsbereich und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt er- heblich höher ist, ohne dass den Durchschnitt beeinflussende Besonderhei- ten geltend gemacht werden können. Falls die Wirtschaftlichkeit in Anwendung der statistischen Methode beurteilt wird, darf eine Unwirtschaft- lichkeit nicht schon bei Überschreitung des statistischen Mittelwertes (100 Indexpunkte) vermutet werden. Vielmehr ist den Ärzten und Ärztinnen ei- nerseits ein Toleranzbereich und zudem allenfalls ein Zuschlag zu diesem Toleranzwert (zu dem den Toleranzbereich begrenzenden Indexwert) zu- zugestehen, um spezifischen Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Nach der Rechtsprechung liegt der Toleranzbereich zwischen 120 und 130 Indexpunkten (BGE 137 V 43 E. 2.2 S. 45; SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.3). 2.3 In BGE 130 V 377 hat das Bundesgericht entschieden, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich die Vergütungen sämtlicher verur- sachten (direkten und veranlassten) Kosten zu berücksichtigen sind, und zwar bei der Bestimmung der Indizes im Rahmen der statistischen Metho- de ebenso wie bei der Bemessung der Rückerstattungspflicht (E. 7.5 S. 380). In BGE 133 V 37 hat es – in Änderung seiner bisherigen Rechtspre- chung – erkannt, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung grundsätzlich eine Gesamtbetrachtung Platz zu greifen hat und dementsprechend auf den die Arzt-, die Medikamenten- und – soweit möglich – die veranlassten Kosten berücksichtigenden Gesamtkostenindex abzustellen ist. Schliesslich hat das Bundesgericht in BGE 137 V 43 die Rechtsprechung gemäss BGE 130

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 18 V 377 dahingehend geändert, dass von der Rückerstattungspflicht nach Art. 56 Abs. 2 KVG nur die direkten Kosten (einschliesslich der abgebebe- nen Medikamente), nicht hingegen die vom Arzt veranlassten Kosten er- fasst werden (E. 2.5.5 S. 49). Nach wie vor ist jedoch die Frage, ob das Wirtschaftlichkeitserfordernis erfüllt ist, aufgrund einer Gesamtbetrachtung im Sinne von BGE 133 V 37 zu beantworten, wobei ein überdurchschnittli- cher Anteil an selber erbrachten – bei unterdurchschnittlich ausgelagerten – Leistungen zumindest im Sinne einer Praxisbesonderheit zu berücksich- tigen ist (BGer 9C_110/2012, E. 2.2). Massgebend ist somit der Gesamtkostenindex. Liegt dieser innerhalb des Toleranzbereichs, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Andernfalls ist – in einem zweiten Schritt – zu prüfen, ob die direkten Kosten den Toleranzwert übertreffen. Trifft das nicht zu, besteht trotz Überarztung keine Rückerstattungspflicht. Es können sich jedoch allenfalls Massnahmen nach Art. 59 Abs. 1 lit. a, c oder d KVG aufdrängen (SVR 2015 KV Nr. 8 S. 31 E. 5.4). 2.4 Der von den Krankenversicherern gestützt auf die statistische Me- thode um Rückerstattung angegangene Arzt hat aus Gründen des rechtli- chen Gehörs einen Anspruch darauf, in die für den Wirtschaftlichkeits- vergleich herangezogenen Daten Einsicht zu nehmen. Bei Anwendung der statistischen Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der

Verband der Krankenversicherer deshalb die Namen der Ärzte, welche die Vergleichsgruppe bilden, sowie – in anonymisierter Form – deren individuelle Daten aus dem "santésuisse-Datenpool" offenzulegen (BGE 136 V 415 E. 6.3.3 S. 418; SVR 2011 KV Nr. 15 S. 59 E. 4.4). 3. 3.1 Das Bundesgericht hat den Beklagten betreffend im Entscheid BGer 9C_110/2012, E. 4.1, festgehalten, dass die Überarztung sich am Gesamtkostenindex (inklusive veranlasste Kosten) orientiert. Liegt eine Überarztung vor, so ist in einem zweiten Schritt zu prüfen, ob eine Rückforderung auf der Basis der direkten Kosten zu erfolgen hat. Die Rechtsprechung hat sich diesbezüglich bis heute weiterentwickelt (vgl. BGE 144 V 79 betreffend Anwendbarkeit der ANOVA-Methode), an den Grundsätzen hat sich dabei

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 19 jedoch nichts geändert. Insoweit hat das Bundesgericht das dort fragliche Jahr betreffend für den Beklagten eine Überarztung im Grundsatz festgehalten, jedoch eine Rückerstattungspflicht (wie vom Schiedsgericht festgehalten) verneint (BGer 9C_110/2012, E. 4.2). Liegt im Grundsatz eine Überarztung vor, so sind nicht nur die Rückforderung (auf den direkten Kosten), sondern auch die weiteren in Art. 59 Abs. 1 lit. a, c und d KVG vorgesehenen Sanktionen zu prüfen. In diesem Rahmen sind die Klägerinnen aktivlegitimiert. 3.2 Die Busse nach Art. 59 Abs. 1 lit. c KVG ist eine Sanktion sui generis und wurde per 1. Januar 2005 in das KVG aufgenommen (AS 2005 1071 ff.). Zur Entstehungsgeschichte ist zu bemerken, dass der heute geltende Art. 59 KVG in der (mit Verweis im Gesetz erwähnten) Botschaft des Bundesrates vom 26. Mai 2004 zum Geschäft 04.031, Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Strategie und dringliche Punkte), noch nicht vorgesehen war (vgl. BBI 2004 4259). Die Sanktion stammt jedoch aus dem Geschäft 04.032 und wurde vom Ständerat vorgezogen. Insoweit ist hier die Botschaft des Bundesrates vom 26. Mai 2004 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit) unter BBI 2004 4293 massgeblich. Im Ständerat als Erstrat wurde die Bestimmung ohne Diskussion angenommen (vgl. Amtl. Bull. SR 2004 S. 461). Im Nationalrat fand dann eine einlässlichere Debatte statt (Amtl. Bull. NR 2004 S. 1510 ff.), ohne dass sich jedoch zu den hier zur Diskussion gestellten Fragen betreffend die Busse eine weitere parlamentarische Debatte ergeben hätte. 3.3 Die auf Gesetzesstufe vorgesehene Busse nach Art. 59 Abs. 1 lit. c KVG ist vom Gericht zufolge der Massgeblichkeit der Bundesgesetze (vgl. Art. 190 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) zu verhängen, wenn die notwendigen Tatbestandselemente erfüllt sind. Lassen sich massgebliche Fragen nicht aus dem Wortlaut heraus beantworten, so ist die Bestimmung weitergehend auszulegen und sind wo nötig, Lücken gerichtlich zu schliessen (vgl. BGE 145 V 2 E. 4.1 S. 6, 75 E. 5.2.1, 143 I 187 E. 3.2 S. 191, 142 V 402 E. 4.2 S. 405, 113 V 6 E. 3c S. 12; SVR 2018 FZ Nr. 4 S. 12 E. 3.2.1, ZAK 1988 S. 96 E. 3b).

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 20 3.3.1 Bussen sind staatlich verhängte Strafsanktionen, wobei zu deren Ausfällung auch Verwaltungsjustizbehörden berufen sein können. Die Kompetenz zur Ausfällung der hier zur Diskussion stehenden Busse liegt beim Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten (Art. 59 Abs. 2 KVG; ISABELLE HÄNER, Art. 59 KVG, in BLECHTA/COLATRELLA/RÜEDI/STAFFELBACH [Hrsg], Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz, Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, 1. Aufl. 2020, Art. 59 S. 919 N. 8 und S. 927 N. 37; GEBHARD EUGSTER,

Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit [nachfolgend: EUGSTER, SBVR], 3. Aufl. 2016, S. 693 N. 941). Es handelt sich um eine verwaltungsrechtliche Sanktion mit pönalem Charakter (vgl. GEBHARD EUGSTER, KVG: Statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wandel, in: Jusletter 25. Juni 2012 [nachfolgend: EUGSTER, Jusletter 25. Juni 2012], N. 96; EUGSTER, SBVR, a.a.O., S. 691 N. 937), die nach dem Verhältnismässigkeitsprinzip zu bestimmen ist (HÄNER, a.a.O., S. 925 N. 32; EUGSTER, Jusletter 25. Juni 2012, N. 101). Dies bedeutet, dass die Busse dem Gemeinwesen und nicht einem Versicherungsträger geschuldet ist, denn die Busse ist nicht eine verdeckte Rückerstattung und darf auch nicht zu einer solchen führen. Der abweichenden Auffassung der Klägerinnen kann nicht gefolgt werden (vgl. u.a. SCHG/2014/736: Klage vom 8. August 2014, II./Ziff. 23/S. 13). Die auf die Finanzierung Bezug nehmende Auffassung der Klägerinnen basiert auf dem Schadensausgleichsgedanken, der jedoch einer Busse gerade nicht zugrunde liegt. Der Schadensausgleich erfolgt durch eine Rückerstattung. Ist eine Rückerstattung nicht zulässig, kann die Rückforderung nicht über die Busse umgangen werden. Bussen nach Art. 59 Abs. 1 lit. c KVG haben weder Schadenersatz- noch sonst wie Wiedergutmachungsfunktion. Die Höhe des Schadens kann dagegen bei der Bemessung des Verschuldens bedeutsam sein und sich damit auf die Höhe der Busse auswirken (EUGSTER, SBVR, a.a.O., S. 693 N. 942; EUGSTER, Jusletter 25. Juni 2012, N. 97).

3.3.2 Der Sanktionenkatalog von Art. 59 Abs. 1 KVG (und damit auch die Busse) richtet sich gegen Leistungserbringer. Die WZW-Kriterien (vgl. Art. 32 KVG) haben alle Leistungserbringer, die berechtigt sind, zu Lasten der von den Versicherten solidarisch getragenen Sozialversicherung ihre Tätig-

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 21

keit abzurechnen unbesehen ihrer Rechtsform zu beachten. Die Busse nach Art. 59 Abs. 1 Abs. 1 lit. c KVG unterscheidet sich zufolge der besonderen Stellung der Leistungserbringer innerhalb der sozialen Krankenversicherung denn auch wesentlich von einer Strafandrohung des Strafrechts gegenüber natürlichen Personen. Gemäss Art. 1 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974 über das Verwaltungsstrafrecht (VStrR; SR 313.0) findet jenes Gesetz Anwendung auf Verfahren, in denen die Verfolgung und Beurteilung von Widerhandlungen einer Verwaltungsbehörde des Bundes übertragen ist. Dies ist hier gerade nicht der Fall. Das Schiedsgericht ist keine Verwaltungsbehörde des Bundes. Das bedeutet einerseits, dass sowohl eine Grundlage für die Anwendbarkeit der allgemeinen Bestimmungen des Strafgesetzbuches (vgl. Art. 2 VStrR) als auch die Basis für eine mögliche Umwandlung der Busse in eine Haftstrafe (vgl. Art. 104 ff. des Schweizerischen Strafgesetzbuches [StGB; SR 311.0] bzw. Art. 10 VStrR) fehlt.

4. 4.1 Das Gericht hat für die hier umstrittenen Jahre 2011, 2013 und 2014 betreffend Selbstdispensation bzw. fehlende Selbstdispensation in Nachachtung der neusten bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach die kantonale Bewilligung zur Führung einer Apotheke (Art. 37 Abs. 3 KVG) ein Praxismerkmal darstellt, welches bei der Bildung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen ist, indem Ärzte ohne diese Möglichkeit (Befähigung) nicht dazu gehören können (Entscheid des BGer vom 20. Dezember 2018, 9C_67/2018, E. 12.2.3), eine Auswertung bezogen auf die Ärzte ohne Selbstdispensation (zu welchen der Beklagte gehört) einverlangt (Akten der Klägerinnen SCHG/2014/736 / SCHG/2015/665 / SCHG/2016/657/act. I 7, 10, 13). Zudem hatten die Klägerinnen die Auswertung mit Blick auf das Durchschnittsalter des Patientenstamms sowie die minimale Anzahl Patienten zu verfeinern.

4.1.1 Der Beklagte macht hinsichtlich dieser Auswertungen grundsätzlich

geltend, dass sich je nach Erstellungsjahr der Tabelle jeweils die gleichzeitigen mitaufgeführten Indices der Vorjahre änderten. Diesbezüglich ist zu beachten, dass gemäss den zutreffenden Ausführungen der Klägerinnen

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 22 (Eingabe vom 17. Juni 2019) die RSS-Auswertung jeweils für das entsprechende Jahr und mit dem entsprechenden Vergleichskollektiv erstellt wird. Da die Anzahl der im Vergleichskollektiv zusammengefassten Ärzte jedes Jahr ändert, muss für jedes Jahr eine neue RSS-Auswertung vorgenommen werden. Die Berechnungen zu den vier vorhergehenden Jahren beziehen sich jedoch auf dieses gleiche Vergleichskollektiv. Diese Auswertungen der früheren Jahre sind damit für die vorliegenden Verfahren jeweils unbeachtlich und müssen sich auch nicht mit den anderen Auswertungen decken.

4.1.2 Was die angebliche Verfälschung der Statistik betrifft, ist eine geringe Zahl von Ärzten mit geringerer Tätigkeit denkbar, was angesichts der hier grossen Vergleichsgruppe jedoch statistisch nicht relevant ist. Im Übrigen stellt die vergleichsweise geringe (oder hohe) Anzahl von behandelten Patienten durch Ärzte des Vergleichskollektivs für sich allein genommen keine Praxisbesonderheit dar, welcher etwa durch einen Zuschlag zum Toleranzwert beim Beklagten Rechnung zu tragen wäre (Entscheid des BGer vom 29. August 2019, 9C_259/2019 / 9C_260/219, E. 7). Was das Argument betrifft, es würden mehrere Ärzte unter gleicher ZSR-Nummer abrechnen, so ist dies im vorliegenden statistischen Vergleich ebenfalls nicht relevant. Die Leistungszahlen stellen sich immer als Berechnung pro Patient dar. Es handelt sich folglich jeweils um die Kosten je Facharzttrichtung pro Patient und somit besteht durchaus Vergleichbarkeit mit Ärzten, die für sich allein unter ihrer ZSR-Nummer abrechnen. Ist das Arbeiten in Gruppenpraxen geeignet, wirtschaftlicher zu arbeiten, so muss sich dies derjenige Arzt, der dieses wirtschaftlichere Handeln nicht selbst verfolgt, entgegenhalten lassen. Es liegt in dieser Hinsicht keine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit vor. Was schliesslich das Argument betrifft, die Selbstzahler verfälschten die Statistik, ist zu berücksichtigen, dass dieses Argument letztlich alle Ärzte trifft und im Grundsatz keine statistische Besonderheit ausmacht (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Januar 2015, 9C_535/2014, [in BGE 141 V 25 nicht publizierte] E. 6.2.2). Der Beklagte hat in dieser Hinsicht keinen Beweis erbracht, dass eine Überarztung deswegen zu verneinen wäre.

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 23

4.1.3 Weiter bemängelt der Beklagte, dass die RSS die Leistungen nicht nach deren Leistungsdatum, sondern gemäss dem Zeitpunkt der administrativen Verarbeitung des Rückforderungsbelegs beim jeweiligen Krankenversicherer erfasse. Dass die Leistungserfassung statistisch im Zeitpunkt der Rückforderung durch den Patienten bzw. der Rechnungsstellung durch den Arzt erfolgt, ist systembedingt. Anders als der Arzt kann der Krankenversicherer für die statistischen Zwecke nicht direkt auf den Leistungszeitpunkt abstellen, denn einerseits werden Rechnungen zuweilen spät eingereicht, zum anderen in Rechnungen Leistungen über das Kalenderjahr hinaus verrechnet. Dies gilt jedoch auch gleichermassen für die Vergleichsgruppe, so dass dadurch keine die statistischen Aussagen verzerrende Disparität entsteht.

4.2 4.2.1 Aus den im vorliegenden Verfahren eingeholten allgemeinen RSS-Auswertungen (Ärzte Allgemeine Innere Medizin ohne Selbstdispensationsbewilligung; vgl. E. 4.1 hiavor; Akten der Klägerinnen SCHG/2014/736 / SCHG/2015/665 / SCHG/2016/657/act. I 7, 10, 13) ergibt sich, was folgt: 2011 2013 2014 - Index Kosten Grundleistungen 163 167 153 -

Index Medikamente vom Arzt 78 68 67 Index total direkte Kosten 140 144 134 - Index veranlasste Kosten Apotheke 171 194 179 - Index veranlasste Kosten Laboratorien 178 188 197 - Index veranlasste Kosten Physiotherapie 107 153 150 - Index Kosten ohne Medikamente (direkt und veranlasst) 158 167 158 - Index Medikamente (direkt und veranlasst) 147 164 151 Index total veranlasste Kosten 165 189 177 Index total Kosten 152 166 155 Durchschnittsalter Erkrankte beim Beklagten 60 61.4 59.9

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 24 Durchschnittsalter der Gruppe 52.53 52.48 52.66 4.2.2 Wird die Auswertung mit Blick auf die spezifischen Gegebenheiten beim Beklagten verfeinert und für die Ärzte mit Patienten zwischen 55 und 65 Jahren sowie mehr als 10 Patienten vorgenommen, so ergibt dies das folgende Bild (Akten der Klägerinnen SCHG/2014/736 / SCHG/2015/665 / SCHG/2016/657/act. I 20): 2011 2013 2014 - Index Kosten Grundleistungen 147 156 145 - Index Medikamente vom Arzt 93 70 62 Index total direkte Kosten 136 137 126 - Index veranlasste Kosten Apotheke 123 145 140 - Index veranlasste Kosten Laboratorien 164 189 202 - Index veranlasste Kosten Physiotherapie 97 134 138 - Index Kosten ohne Medikamente (direkt und veranlasst) 144 157 150 - Index Medikamente (direkt und veranlasst) 118 131 124 Index total veranlasste Kosten 124 148 146 Index total Kosten 130 143 137 Durchschnittsalter Erkrankte beim Beklagten 60 61.4 59.9 Durchschnittsalter der Gruppe 58.85 58.61 58.3 Vorab festzuhalten bleibt, dass soweit der Beklagte auch mit Blick auf die unter einschränkenden Parametern erfolgten Auswertungen umfangreiche Fehler in der statistischen Erhebung geltend macht, ihm nicht gefolgt werden kann (vgl. E. 4.1 hiervor). Beachtlich bleibt schliesslich auch unbesehender Frage, ob ein Arzt selbstdispensierend sein darf oder nicht, dass im Gesamtkollektiv der Ärzte mit und ohne Selbstdispensation das Total der Medikamente im Grundsatz an sich für jeden Arzt innerhalb einer Streubreite gleich sein muss, denn die Menge der für die Patienten abgegebenen bzw. verordneten Medikamente ist allein der medizinischen Indikation, nicht aber einem Geschäftsmodell geschuldet, andernfalls Ärzte aus

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 25 sachfremden Gründen einzig deswegen mehr oder weniger Medikamente applizieren würden, weil dies für sie lukrativer oder gewinneinschränkender ist. Dies gilt hier umso mehr, als das Durchschnittsalter der Gruppe demjenigen der Patienten des Beklagten angenähert wird. Anzeichen dafür, dass innerhalb der altersbereinigten Patientendaten der Beklagte mehr bzw. teurere Medikamente hätte verschreiben müssen, bestehen nicht. Der Beklagte hat hierfür auch keinen Beweis erbracht. Der Vorwurf des Einbezugs unwesentlicher Praxen wird mit der Statistik >10 Patienten behoben. Es kann damit ausgeschlossen werden, dass Ärzte, die kein massgebliches Patientengut mehr haben, noch in der Statistik auftauchen. Es bestehen weiter keine Anzeichen dafür, dass die beim Kantonsapothekeramt erhobene Liste Fehler enthalten würde (Akten der Klägerinnen SCHG/2014/736 / SCHG/2015/665 / SCHG/2016/657/act. I 18). Daran ändert auch die Auswertung des Beklagten in den Schlussbemerkungen vom

E. 5

Juli 2012, 9C_110/2012, E. 4.2.1). Nicht gehört werden kann auch, wenn

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 15 er geltend macht (Schlussbemerkungen vom 9. August

2019 und Stellungnahme vom 4. März 2020), ihm sei nie vorgängig die Sanktionierung mit einer Busse angedroht worden, was aber mit Blick auf den Verhältnismässigkeitsgrundsatz notwendig gewesen wäre. Der Beklagte ist als Leistungserbringer ex lege den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) unterworfen (Art. 32 und 56 KVG). Er ist verantwortlich für deren Einhaltung und die Sanktion ist ohne Vorwarnung zu verhängen. Auf die Klagen ist damit einzutreten.

E. 5.1

Mit Verfügung vom 13. August 2014 hatte der damalige Vorsitzende im Vermittlungsverfahren SCHG/2013/557 die dortigen Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festgelegt und den Gesuchstellerinnen (und nachmaligen Klägerinnen des vorliegenden Verfahrens SCHG/2014/736) auferlegt. Die Restanz des Kostenvorschusses von Fr. 1'000.-- wurde auf das vorliegende Klageverfahren SCHG/2014/736 übertragen. Für das Klageverfahren werden Kosten erhoben. Die Kosten richten sich gemäss Art. 47 Abs. 3 EG KUMV nach dem Dekret vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12). Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 5'000.-- pro Verfahren, total Fr. 15'000.--, festgesetzt (Art. 52 VKD). Sie sind den unterliegenden Klägerinnen zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 46 Abs. 2 EG KUMV i.V.m. Art. 109 Abs. 1 VRPG) und im Umfang von Fr. 8'000.-- den geleisteten Kostenvorschüssen (SCHG/2014/736: Fr. 3'000.-- sowie Fr. 1'000.-- [übertragene Restanz aus dem Verfahren SCHG/2013/557]; SCHG/2015/665: Fr. 2'000.--; SCHG/2016/657: Fr. 2'000.--) zu entnehmen. Die Klägerinnen haben Fr. 7'000.-- nachzuzahlen.

E. 5.2.1

hiervor), was vorliegend die Ausschöpfung des Tarifr Rahmens gemäss Art. 13 PVK bis zum Betrag von Fr. 11'800.-- pro Verfahren rechtfertigt. Ein Honorarzuschlag von bis zu 100 % gemäss Art. 9 PVK (Eingabe vom 3. Juli 2020, S. 3) wegen besonders viel Zeit- und Arbeitsaufwand kann jedoch nicht gewährt werden. Denn es handelt sich um drei gleichgelagerte Verfahren und der Beklagte hat in den verschiedenen Rechtschriften immer wieder auch dieselben Argumente wiederholt und hinsichtlich der gerichtlich erhobenen Beweise offensichtlich nicht zutreffende Vorbehalte angebracht (vgl. E. 4.1 und 4.2 hiervor). Entgegen der Auffassung des Beklagten (Eingabe vom 3. Juli 2020, S. 2 f.) haben die Klägerinnen schliesslich auch nicht die Zahlung von 1.13 Millionen Franken verlangt. Bei diesem Betrag handelte es sich gemäss den Klägerinnen um den deren Auffassung nach durch die unwirtschaftliche Behandlungsweise des Beklagten verursachten Schaden (SCHG/2014/736: Klage vom 8. August 2014, II./A./Ziff. 8/S. 8; SCHG/2015/665: Klage vom 14. Juli 2015, II./Ziff. 7/S. 8; SCHG/2016/657: Klage vom 12. Juli 2016, II./Ziff. 7/S. 8) und nicht um die verlangte Bussenhöhe. Unter Berücksichtigung der Synergieeffekte der parallel bzw. später vereinigt geführten Verfahren einerseits und der Schwierigkeiten der Verfahren andererseits, erscheint ein Zuschlag von 25 % auf der gesamten Grundentschädigung für alle Verfahren von Fr. 35'400.-- (3 x Fr. 11'800.--), ausmachend Fr. 8'850.--, angemessen. Nach dem Ausgeführten wird die Parteientschädigung für die Verfahren SCHG/2014/736, SCHG/2015/665 und SCHG/2016/657 auf total

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 33 Fr. 44'250.-- festgesetzt (Fr. 35'400.-- [3 x Fr.

11'800.--] + Fr. 8'850.-- [Zuschlag]). Der Beklagte macht eine Spesenpauschale von 2 % auf dem Honorar geltend. Spesen sind grundsätzlich die tatsächlich entstandenen Aufwendungen, welche vom Anwalt konkret zu belegen sind. Dem ist der Rechtsvertreter in seiner Kostennote nicht nachgekommen. Mit Blick auf die umfangreichen Akten und die mit dem Schriftenwechsel angefallenen Auslagen ist der sich aus einer Pauschalberechnung von 2 % ergebende Betrag von Fr. 885.-- (Fr. 44'250.-- / 100 x 2) angemessen und dem Beklagten zuzusprechen. Es ergibt sich für die Klageverfahren eine Entschädigung vor MWSt. von Fr. 45'135.--. Per 1. Januar 2018 wurde der Satz der Mehrwertsteuer von 8 % auf 7.7 % gesenkt. Nach Abzug der Bemühungen für die Vermittlungsverhandlung verteilt sich der vom Rechtsvertreter geltend gemachte Aufwand im Verhältnis von zirka 2.4 zu 1 (155 Stunden [ohne Vermittlungsverfahren; vgl. E.

E. 5.2.2

Rechtsanwalt C._____ führt zu den drei eingereichten Kostennoten vom 3. Juli 2020 aus, da die drei Verfahren gemäss Verfügung vom 29. September 2017 vereinigt worden seien, werde der entsprechende Aufwand von 68.4 Stunden ab diesem Zeitpunkt zu je einem Drittel (ausmachend 22.8 Stunden) anteilmässig in den jeweiligen Verfahren geltend gemacht. Aufgrund der mehrwertsteuerrechtlichen Änderungen des anwendbaren Satzes per 1. Januar 2018 habe dies pro Verfahren einen Aufwand von 1 Stunde à 8 % MWSt. und von 21.8 Stunden à 7.7 % MWSt. ergeben. Der Einfachheit halber sei bis zur Vereinigung der drei Verfahren je eine getrennte Leistungsaufstellung und eine weitere Leistungsaufstellung für den Zeitpunkt ab der Verfahrensvereinigung erstellt worden. Im Verfahren SCHG/2014/736 (inkl. Vermittlungsverfahren SCHG/2013/557 mit einem Aufwand von 29.1 Stunden) wird mit Kostennote vom 3. Juli 2020 ein Honorar von Fr. 34'740.-- (115.8 h x Fr. 300.--) bzw. werden Parteikosten von total Fr. 38'249.55 (inkl. Auslagen und MWSt.) geltend gemacht. Im Verfahren SCHG/2015/665 beläuft sich das Honorar gemäss Kostennote vom 3. Juli 2020 auf Fr. 20'700.-- (69 h x Fr. 300.--) bzw. es werden Parteikosten von total Fr. 22'760.45 (inkl. Auslagen und MWSt.) gefordert. Gemäss der dritten Kostennote vom 3. Juli 2020 ist im Zusammenhang mit dem Verfahren SCHG/2016/657 ein Honorar von Fr. 19'410.-- (64.7 h x Fr. 300.--) angefallen bzw. es werden Parteikosten im Betrag von total Fr. 21'341.45 (inkl. Auslagen und MWSt.) geltend gemacht. Für die drei Verfahren SCHG/2014/736 (inklusive Vermittlungsverfahren SCHG/2013/557), SCHG/2015/665 und SCHG/2016/657 macht Rechtsan-

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 32 walt C._____ somit total Parteikosten von Fr. 82'351.45 (inkl. Auslagen und MWSt.) geltend und führt aus (Eingabe vom 3. Juli 2020, S. 1), der in allen drei Verfahren enorme Aufwand sei einzig und alleine durch die fortgesetzte Verweigerungshaltung der Klägerinnen, zu den Argumenten des Beklagten überhaupt je inhaltlich Stellung zu nehmen, veranlasst worden; zudem seien die Klägerinnen bis zum Schluss des Verfahrens nicht in der Lage gewesen, zuverlässige Daten vorzulegen, weshalb diese für den dadurch verursachten Aufwand vollumfänglich aufzukommen hätten.

E. 5.2.3

Der geltend gemachte Aufwand erscheint als zu hoch. Der Parteikostenersatz bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses (vgl. E.

E. 5.2.4

Was die Geltendmachung der Parteikosten für das dem Verfahren SCHG/2014/736 vorgelagerte Vermittlungsverfahrens SCHG/2013/557 betrifft (Eingabe vom 3. Juli 2020, S. 3), ist zu erwähnen, dass diesbezüglich in der Gesamtkostennote des entsprechenden Klageverfahrens ein Aufwand von 29.1 Stunden (Zeitraum vom 2. Juli 2013 bis 9. Mai 2014) bzw. ein Honorar von Fr. 8'730.-- (29.1 h x Fr. 300.--; ohne Auslagen und MWSt.) auf das Vermittlungsverfahren entfällt und geltend gemacht wird. Laut Art. 45 Abs. 4 KUMV i.V.m. Art. 113 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) werden im Vermittlungsverfahren keine Parteienschädigungen zugesprochen. Gemäss BGE 141 III 20 E. 5.3 S. 21 untersagt Art. 113 Abs. 1 ZPO dem ordentlichen Richter jedoch nicht, im Rahmen des Urteils in der Sache Parteientschädigungen für das Schlichtungsverfahren zuzusprechen. Folglich kann vorliegend im Rahmen des Verfahrens SCHG/2014/736 für das Vermitt-

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 34 lungungsverfahren SCHG/2013/557 grundsätzlich eine Parteienschädigung zugesprochen werden, wobei jedoch dem Charakter einer Vermittlungsverhandlung Rechnung zu tragen ist und dementsprechend der geltend gemachte hohe Aufwand nicht berücksichtigt werden kann. Die Parteienschädigung für das Vermittlungsverfahren wird pauschal auf Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgelegt.

E. 5.2.5

Für die drei Klageverfahren ergibt sich insgesamt eine Parteientschädigung von Fr. 48'705.95 inkl. Auslagen und MWSt. Die Parteientschädigung für das Vermittlungsverfahren (SCHG/2013/557) wird auf pauschal Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgelegt, womit die Klägerinnen dem Beklagten eine Parteienschädigung von Fr. 50'705.95 zu ersetzen haben. Demnach entscheidet das Schiedsgericht: 1. Die Klagen vom 8. August 2014 (Verfahren SCHG/2014/736), 14. Juli 2015 (Verfahren SCHG/2015/665) und 12. Juli 2016 (Verfahren SCHG/2016/657) werden abgewiesen. 2. In den Verfahren SCHG/2014/736, SCHG/2015/665 und SCHG/2016/657 werden die Verfahrenskosten auf Fr. 5'000.-- pro Verfahren, total Fr. 15'000.--, festgesetzt. Sie werden den unterliegenden Klägerinnen zur Bezahlung auferlegt und im Umfang von Fr. 8'000.-- den geleisteten Kostenvorschüssen (SCHG/2014/736: Fr. 3'000.-- + Fr. 1'000.-- [übertragene Restanz aus dem Verfahren SCHG/2013/557]; SCHG/2015/665: Fr. 2'000.--; SCHG/2016/657: Fr. 2'000.--) entnommen. Die Klägerinnen haben Fr. 7'000.-- nachzuzahlen. 3. Die Klägerinnen haben dem Beklagten in den Verfahren SCHG/2014/736 (inklusive Vermittlungsverfahren SCHG/2013/557), SCHG/2015/665 und SCHG/2016/657 die Parteikosten gerichtlich be-

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 35 stimmt auf insgesamt Fr. 50'705.95 (inkl. Auslagen und MWSt.) zu ersetzen. 4. Zu eröffnen (R): - Rechtsanwalt lic.iur. A. _____ z.H. der Klägerinnen - Rechtsanwalt Dr. C. _____ z.H. des Beklagten - Bundesamt für Gesundheit Namens des Schiedsgerichts: Der Vorsitzende: Die Gerichtsschreiberin: Rechtsmittelbelehrung Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt

werden.

E. 9

August 2019 und der Stellungnahme 4. März 2020 nichts. Wie die Klägerinnen zutreffend dargetan haben, sind beim Kantonsapothekeramt allein Daten über Ärzte bekannt, die eine Bewilligung zur Selbstdispensation besitzen oder besessen haben. Alle Ärzte, die gemäss den Daten des Kantonsapothekeramtes keine Bewilligung zur Selbstdispensation besitzen, sind damit per se in die Liste des Vergleichskollektivs aufzunehmen, besitzt doch der Beklagte ebenfalls keine solche Bewilligung. Dass einzelne Ärzte schliesslich nicht in allen Jahren in der Aufstellung auftauchen, kann verschiedene Gründe haben. Einerseits kann sich ein Wechsel in der Selbstdispensationsfrage ergeben haben, andererseits kann es sein, dass ein Arzt in einem bestimmten Jahr die Klägerinnen betreffend keine Patienten abgerechnet hat und deshalb nicht in den jährlichen Aufstellungen erscheint. Die entsprechenden Elemente können auch in Kombination auftreten. Die Aufstellung des Beklagten ändert damit nichts am Beweiswert der Auswertungen der Klägerinnen. An der Qualität der Listen des Kantonsapothekers besteht damit kein Zweifel und darauf ist grundsätzlich abzustellen. Wenn schliesslich in den vom Gericht verlangten spezifischen Auswertungen einzelne Ärzte des früheren allgemeineren Vergleichskollektivs nicht mehr erfasst werden, so ist dies nicht ein Mangel an der Statistik. Mit den

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 26 neueren Auswertungen wurde ein spezifischeres Kollektiv verlangt, in dem systembedingt verschiedene Ärzte mangels Erfüllen der Parameter (insbesondere höheres Alter des Patientenkollektivs) nicht mehr erfasst werden dürfen. Zuzugabe der Querverbindungen der verschiedenen Voraussetzungen kann schliesslich auch durchaus die Situation eintreten, dass ein Arzt in einem Jahr erscheint, in einem anderen Jahr hingegen nicht. Nicht gefolgt werden kann dem Beklagten auch, wenn er geltend macht, ein Teil der Ärzte sei „Beamtet“ und deshalb auszuschneiden. Ärzte, die über eine eigene ZSR-Nummer verfügen, können entsprechende Leistungen abrechnen und haben, wenn sie in der Statistik auftauchen, dies offenbar auch getan. Es besteht deshalb kein Anlass, der Behauptung des Beklagten weiter nachzugehen bzw. solche Ärzte auszuschneiden. Ärzte die schliesslich sowohl in einem "Zentrum" arbeiten, als auch eine eigene ZSR-Nummer haben, sind gleichfalls einzubeziehen, da auch für sie jeweils die Kosten je Patient berechnet werden. Der Beklagte hat schliesslich nicht geltend gemacht, dass und gegebenenfalls welche entsprechenden Ärzte (in rechtswidriger Weise) für ein und denselben Patienten über zwei Nummern abrechnen würden, um den statistischen Kostenausweis zu drücken. Nicht zutreffend ist die Behauptung des Beklagten, es fänden sich in den gerichtlich verlangten Auswertungen 26 Ärzte, welche selbstdispensierend seien (vgl. Stellungnahme des Beklagten vom 4. März 2020). Aus den Daten des Kantonsapothekers, an welchen zu Zweifeln das Gericht – wie bereits ausgeführt – keinen Anlass hat, ergibt sich betreffend die angeführten Ärzte was folgt: ■ Die Dres. med. D._____, E._____, F._____, G._____ und H._____ sind in der Auswertung des Kantonsapothekers nicht enthalten und damit in keinem der Jahre 2011 - 2017 mit einer Bewilligung als selbstdispensierend aufgeführt. ■ Die Dres. med. I._____, J._____, K._____, L._____, M._____ und N._____ sind zwar in der Liste aufgeführt, jedoch ohne Bewilligung für die hier zur Diskussion stehenden Jahre ■ Die Dres. med. O._____, P._____, Q._____, R._____, S._____, T._____ und U._____ sind im Jahr 2011 als selbstdispensierend geführt.

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 27 ■ Die Dres. med. V._____, W._____, X._____, Y._____, Z._____, AA._____, AB._____ und AC._____ sind im Jahr 2011 und 2013 als selbstdispensierend geführt. Werden die so erhaltenen Angaben mit den einbezogenen Ärzten in den gerichtlich verlangten Sonderauswertungen verglichen, so ergibt sich zweifelsfrei, dass alle erwähnten Ärzte den Angaben des Kantonsapothekers entsprechend berücksichtigt (wenn nicht selbstdispensierend) oder unberücksichtigt (wenn selbstdispensierend) gelassen wurden. Die Auswertung der Klägerinnen ist nicht in Zweifel zu ziehen. Was schliesslich die angeblich fehlende fachliche Kompetenz dreier enthaltener Ärzte betrifft (Stellungnahme des Beklagten vom 4. März 2020), so ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. AD._____ praktischer Arzt in ... ist und seit 2014 die Befähigung Allgemeine Innere Medizin in der Schweiz trägt (vgl. Medizinalberuferegister, abrufbar unter www.medregom.admin.ch). Er wurde allein das Jahr 2014 betreffend in die Auswertung aufgenommen. Was die Dres. med. AE._____ und AF._____ anbelangt, so werden sie unter der ZSR-Nummer mit dem Fachgebiet Allgemeine Innere Medizin bzw. praktischer Arzt geführt (vgl. www.sasis.ch) und es bestehen keine Anhaltspunkte, dass sie nicht dem Beklagten entsprechende Leistungen für die von ihnen angemeldete Fachrichtung abrechnen. Bezüglich der Ärzte mit angeblich „falscher“ Fachrichtung (Stellungnahme des Beklagten vom 4. März 2020) ist auf das Folgende hinzuweisen: ■ Die Dres. med. AG._____, AH._____, AI._____, AJ._____, AK._____, AL._____, AM._____, AN._____, AO._____ und AP._____ (praktischer Arzt) haben eine ZSR-Nummer für eine Tätigkeit im Kernbereich der Fachrichtung Allgemein Innere Medizin (vgl. www.sasis.ch). Der Vorwurf, diese Ärzte seien zu Unrecht in den Vergleich einbezogen worden, geht damit fehl. ■ In der aktuellen Abfrage sind Dr. med. AQ._____, Facharzt für Gastroenterologie (enthalten in der Auswertung für das Jahr 2011), und Dr. med. AR._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneu-

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 28 mologie (enthalten in der Auswertung für die Jahre 2011, 2013, 2014) in der Liste enthalten. Dies erscheint systemfremd und als der einzige feststellbare Mangel an der Statistik. Wie es sich damit abschliessend verhält, braucht mit Blick auf das Ergebnis nicht abschliessend beurteilt zu werden. 4.3 4.3.1 Aus der allgemeinen Auswertung (vgl. E. 4.2.1 hiervoor) ergibt sich, dass der Beklagte bei allen wesentlichen Indices über dem nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung relevanten Wert von 120 bis 130 Punkten (vgl. E. 2.2 hiervoor) liegt. Einzig im Bereich der direkt abgegebenen Medikamente weist er einen geringeren Wert auf. Insoweit ist der Beklagte seiner Pflicht als nicht selbstdispensierender Arzt, die Medikamentenabgabe primär über die Apotheken vornehmen zu lassen, nachgekommen. Wird der Gesamtindex der Medikamente betrachtet, liegt der Beklagte auch diesbezüglich (sowohl die „veranlassten“ allein wie auch „direkt und veranlasst“) über dem Durchschnitt. Wird die Auswertung dem Alterswert des Vergleichskollektivs dem Durchschnittsalter der Patienten des Beklagten angepasst, indem für die Indexbestimmung diejenigen Ärzte zugezogen werden, deren Patientenstamm ein Durchschnittsalter von 55 bis 65 Jahre aufweist (vgl. E. 4.2.2 hiervoor; beim Beklagten jeweils rund 60 Jahre), so verändert sich die Auswertung zu Gunsten des Beklagten. 4.3.2 Für das Jahr 2011 beträgt der für die Festlegung einer Überarztung wesentliche Gesamtkostenindex 130 Punkte, der Index der veranlassten Kosten liegt bei 124 Punkten und der für eine Rückerstattung wesentliche

Index der direkten Kosten mit 136 Punkten nur leicht über dem vom hiesigen Gericht verwendeten Cut off von 130 Punkten. Für das Jahr 2013 lag der Gesamtkostenindex bei 143 Punkten und für das Jahr 2014 bei 137 Punkten. Dieser für den Beweis einer Überarztung in der bundesgerichtlichen Spannweite von 120 bis 130 Punkten vom hiesigen Gericht konstant bei 130 Punkten verwendete Index ist damit überschritten. Bei den für eine Rückerstattung wesentlichen direkten Kosten (ohne Medikamente) liegt der Index mit 156 Punkten (2013) und 145 Punkten (2014)

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 29 ebenfalls über dem Vergleichsindex von 130 Punkten. Bei den direkten Kosten inklusive Medikamente liegt der Beklagte mit 137 Punkten (2013) und 126 Punkten (2014) hingegen nur leicht über bzw. gar unter dem Cut-Off. Bei den selbst abgegebenen und veranlassten Medikamenten mit 131 Punkten (2013) und 124 Punkten (2014) nunmehr im Grenzbereich. Dabei ist zu beachten, dass anders als in Fällen, in denen eine grosse Anzahl Medikamente trotz fehlender Bewilligung zur Führung einer Praxisapotheke (sog. Selbstdispensation) abgegeben wird, dieser Arzt zufolge des tiefen Indexes selbst abgegebener Medikamente im Vergleich zu seinen Arztkollegen keinen (übermässigen) ökonomischen Vorteil aus der Medikamentenabgabe gezogen hat. Zwar bestehen damit im vorliegenden Fall über alles gesehen statistisch Anzeichen dafür, dass der Beklagte wirtschaftlicher hätte arbeiten können. Eine Quantifizierung mit Ausgleich des Vorteils (Rückerstattung) wurde jedoch nicht eingeklagt und ist vorliegend nicht zu beurteilen. Die hier einzig zur Diskussion stehende Busse hat pönalen Charakter (vgl. E. 3.3.1 hiervor) und an den Beweis des Fehlverhaltens sind damit strenge Anforderungen zu stellen. Dieser Beweis ist bei allein grenzwertigen bzw. leicht überschrittenen, teilweise aber auch unterschrittenen Indices in der der Tätigkeit des Beklagten am nächsten kommenden und damit die Praxisbesonderheiten korrekt abbildenden Auswertung gerade noch nicht erbracht. Die Klagen sind abzuweisen. Mit Blick auf das Ergebnis erübrigen sich damit auch Abklärungen zum Umstand, dass der Beklagte keinen Notfalldienst leistet und damit keine Patienten mit nur einmaliger Konsultation ausweist, was gemäss Entscheid des BGer vom 12. April 2019, 9C_558/2019 / 9C_559/2019, E. 8.2.4, eine Praxisbesonderheit darstellt und gemäss Auffassung des Beklagten zu einer weiteren Senkung seiner Indices führen müsste. 4.4 Was die beantragte EMRK-Schlussverhandlung betrifft, so ist deren Durchführung bei diesem Ausgang der Verfahren nicht erforderlich.

Urteil des Schiedsgerichts in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern vom 6. Okt. 2020, SCHG/2014/736 Seite 30 5.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.